Aus der Chirurgischen Universitäts-Klinik
der Charité zu Berlin.
Direktor: Geh. Med.-Rat Professor Dr. Hildebrand.

Beitrag zur Aetiologie und Behandlung der Gastroptosen.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

vorgelegt von

Ludwig Cohn
aus Berlin.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Tag der Promotion: 23. Oktober 1920.

Hermann Blanke's Buchdruckerei, Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstr. 9.

427

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Killian.

Referenten: Prof. Dr. Köhler.
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand.

Auszug.

Im ersten Teile der Arbeit gehe ich zunächst auf die Anatomie der Gastroptose und die Symptome ein, die man bei der Erkrankung am Patienten findet. Zur Stellung der Diagnose ist besonders die Lage der kleinen Curvatur wichtig, um eine Verwechslung von Ptose und Ectasie zu vermeiden; häufig finden sich beide Zustände miteinander kombiniert vor. Die Stellung der Diagnose wird durch die Röntgenuntersuchung oder das Aufblähungsverfahren ermöglicht. Die Magenfunktion ist in der Regel nicht gestört, doch kommen auch Fälle mit schwerer sekretorischer und motorischer Magenstörung vor; so hat Agéron bei Gastroptosen bedeutende Ernährungsstörungen gesehen, die unter dem Bilde schwerer Anämie und Chlorose auftraten.

Im zweiten Teile der Arbeit komme ich zur Ätiologie und gebe zunächst die älteren Ansichten Glénards und Stillers wieder, wobei der erstere die Erkrankung als eine erworbene bezeichnet, der letztere aber lehrt, dass die Gastroptose auf kongenitaler Anlage beruht. (Asthenia universalis congenita.) Coste fand in 2 Fällen, dass auch psychische Einflüsse eine Auslösung der Gastroptose bedingen können. Backmann bezeichnet die Krankheit als konstitutionelle Anomalie; als auslösendes Moment erscheinen ihm rasch aufeinander folgende Geburten am wahrscheinlichsten; auch Grace und Overend führen die Gastroptose auf eine kongenitale Ursache zurück. Auf Grund von Messungsuntersuchungen am Körperbau fanden sie einen Index, der den Unterschied zwischen den normalen und den zur Gastroptose neigenden Individuen ausdrücken soll. Dieser Index lautet:

$$\frac{D\,.\,100}{M}$$

wobei D die Distanz zwischen oberer Rand der Clavicula und Symphyse und M der Minimalumfang des Abdomens ist. Nach ihrer Ansicht ist der Index bei Gastroptose höher als bei normalen. Morro teilt ähnlich der Einteilung Kellings die Gastroptosen in 3 Grade, je nach der Schwere der Fälle, ein; er fand bei 50% der von ihm untersuchten 150 Frauen eine Gastroptose 1. Grades. Er weist darauf hin, dass man bei Gastroptose 2 verschiedene Lagen, die vertikale und horizontale, des Magens unterscheiden kann. Agnes Genewein gibt als ätiologisches Moment hauptsächlich den Missbrauch des Korsetts und häufige Graviditäten an; sie unterscheidet nach Rovsing die virginelle von der maternellen Ptose. Nach Bönniger soll die Ptose auf ein durch die Wuchsform bedingtes, anormales Längenwachstum des Magens zurückzuführen sein. Ich schliesse diesen Teil der Arbeit mit der Ansicht, dass man mit Genewein annehmen kann, dass häufige Geburten, ein sehr enges, einschnürendes Korsett bei schon vorhandenem gracilem Körperbau wohl geeignet sein werden, eine Gastroptose auszulösen. Aber ich will als weitere Faktoren noch die Unterernährung und die damit verbundene Abmagerung nennen, die zum Fettschwund in den Organen führt und so eine Schlaffheit des Aufhängeapparates des Magens erzeugt. Ferner können Verwachsungen mit den Genitalorganen nach Operationen und entzündlichen, ulcerierenden Prozessen vorkommen, die den Magen aus seiner normalen Lage herabziehen, wie es der eine angeführte Fall zeigt.

Im dritten Teile der Arbeit gehe ich auf die Therapie ein. Es werden zunächst die Operationsverfahren von Duret und Rovsing beschrieben, die eine Fixierung des Magens an das Peritoneum vornehmen, ferner finden die Methoden von Stengel, Beya und Bier Erwähnung, die durch Verkürzung der Aufhängebänder die normale Lage des Magens zu erreichen suchen. Genewein scheidet die konservierenden Methoden, zu denen die oben erwähnten Verfahren rechnen, von der radikalen Operation, zu der sie die keilförmige Resektion in der Pars media des Magens nach E. Schlesinger, die Operation nach Lane und die Gastroenterostomie zählt.

Sie berichtet über die besten Erfolge durch die Gastropexie nach Rovsing; bei 13 Fällen wurden durch diese Operation 84,5% geheilt und bedeutend gebessert.

Dann gebe ich die Berichte von Blyla, Eve, Hutchison, v. Noorden und V. Pauchet über ihre Behandlungsweisen und Erfolge bei Gastroptose wieder und beschreibe das Operationsverfahren v. Rothes, der zunächst die Raffung der Bänder ausführt, wie sie Bier und Beya angegeben haben, dann aber aus der Fascia lata 3 Streifen zur Verstärkung der gerafften Bänder auf dieselben frei transplantiert. E. Schlesingers Operationsverfahren wird an der Hand zweier Fälle beschrieben. Ich schliesse den dritten Teil der Arbeit mit einer Zusammenstellung der heute an den Berliner Kliniken ausgeführten Therapie der Gastroptose, indem ich zunächst die leichten Fälle von den schweren trenne. Man wird sich bei den ersteren darauf beschränken können, die Schmerzen und Beschwerden durch Bettruhe, warme Umschläge, Magendiät zu lindern, auch ist eine Mastkur zu empfehlen, ferner Faradisation und kräftige Massage des Abdomens. Bei den schweren Fällen, wo es sich um eine hochgradige Senkung des Magens mit ernster Funktionsstörung handelt, wird man zur Operation schreiten müssen. Man führt jetzt am häufigsten die Gastroenterostomie aus, um eine sichere Passage zwischen Magen und Darm herzustellen. Die übrigen Operationsverfahren werden in der Berliner Universitätsklinik der Charité kaum noch ausgeführt.

Ich komme nun zur Beschreibung zweier seltener Fälle von Gastroptose. Bei dem von Maag beschriebenen Falle handelte es sich um eine linksseitige indirekte Leistenhernie, in der bei der Sektion ein Teil des Magens vorgefunden wurde. Das Merkwürdigste ist, dass der Mann nicht die geringsten Beschwerden von seiten des Magens gehabt hat. Der zweite Fall ist von Spiegel beschrieben worden; er fand in einem incarzerierten Schenkelbruch einen Teil des Magens bei der Operation. Allerdings handelte es sich um eine sehr kleine Patientin von nur 1,36 m Grösse.

Was nun die Prognose der Gastroptose betrifft, so hat man wieder die leichten Fälle von den schweren zu trennen.

Bei den ersteren ist die Prognose gut; man wird durch die geeignete Therapie die Beschwerden zum Schwinden bringen können. Bei den schweren Fällen kann es aber zu einem sehr hohen Grad von Abmagerung, zu der sog. „Gastroptosekachexie kommen und, wie der eine Fall von Rovsing gezeigt hat, der Exitus eintreten. Man hat daher als ultima ratio die Operation zur Erhaltung des Lebens auszuführen.

In einem Anhang gebe ich noch 5 Krankengeschichten wieder, von denen mir 3 von der Berliner Chirurgischen Universitätsklinik der Charité und 2 von der 1. medizinischen Klinik der Charité zur Verfügung gestellt wurden.